**추 천 서**

**==================================================**

**(Himchan Hospital Summer Internship Program)**

|  |
| --- |
| **☆ 추천자 작성 사항** |
| **추천자 성명** |  | **소 속** |  |
| **직 위** |  | **지원자와의 교류기간** |  ~ ( 개월) |
| **지원자와의 관계** |  | **전화번호** |  |
| **주 소** |  |
| **핸드폰 번호** |  | **E-mail** |  |
| 본인은 상기 지원자를 2025 제16회 힘찬병원 청소년 여름 인턴십 프로그램에 다음과 같이 추천합니다. 년 월 일 추천자: 서명 혹은 날인힘찬병원 관절의학연구소 귀중 |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **추천 학생****성명** |  |

**☆ 추천사유를 종합하여 간략하게 기술하여 주십시오.** (추천서 분량 및 세부 항목은 자유 양식 입니다.) - 추천학생의 개인적인 자질, 품행, 태도 등- 성적, 표창, 대회수상 경력 등 |



 힘 찬 병 원

▶ **추천서 제출 방법**

1. **선생님께서 보내시는 경우**: 선생님께서 작성하신 추천서를 선생님 계정의 이메일로 접수해주세요. 이 경우, 서명은 안 해주셔도 됩니다. 학생의 신청서와 따로 보내셔도 신청 기간 내에 접수된 경우에는 함께 취합되어 접수됩니다. 접수 시, 메일 제목 예) 김힘찬\_교사추천서

 **② 학생이 보내는 경우:** 추천서를 스캔하여 신청서와 함께 이메일 접수해주세요. 선생님의 서명이 반드시 필요합니다.

▶ **문의**: 힘찬병원 관절의학연구소 (02) 3219-9229 / himchanhospital@gmail.com